

**RESUMEN DE COBERTURA SUPLEMENTARIA A MEDICARE – Página principal**

**Planes BlueMedicare Select Suplementarios a Medicare A, B, C, D, F, G, K, L, M, N**

**Carta de Beneficios con Planes Suplementarios a Medicare vendidos después del 1 de Enero de 2022**

**Aviso al comprador:** Es posible que esta póliza no cubran todos los gastos asociados con la atención médica en que incurra el comprador durante el periodo de cobertura. Es aconsejable que el comprador lea con atención todas las limitaciones de la póliza.

Beneficios	Planes disponibles para todos los solicitantes								Elegible para Medicare antes del 2020 solamente+	
	A	B	D	G <sup>1</sup>	K	L	M	N	C	F <sup>1</sup>
Coseguro de Medicare Parte A y cobertura hospitalaria (hasta 365 días adicionales después de que se agotan los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de Medicare Parte B	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓ aplica el copago <sup>3</sup>	✓	✓
Sangre (primeras 3 pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago para atención en hospicio de la Parte A	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro para centro de enfermería especializada			✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Deducible de la parte A de Medicare		✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Emergencia durante un viaje al extranjero (hasta los límites del plan)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de gastos a su cargo en 2022 <sup>2</sup>					\$6,620 <sup>2</sup>	\$3,310 <sup>2</sup>				

**Nota:** El ✓ significa que se paga el 100% del beneficio. +Solo los solicitantes elegibles primeramente para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto. Esta tabla muestra los beneficios incluidos en cada plan suplementario a Medicare están dar. Algunos planes podrían no estar disponibles. Todas las compañías deben tener al Plan "A" disponible.

\*\*Florida Blue es una marca comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

1 - Los Planes F y G también tienen la opción de deducible alto que requiere primero pagar el deducible de un plan de \$2,490 antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se llega a la cantidad máxima de gastos a su cargo, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año. Los Planes F y G con deducible alto no cubren el deducible separado para emergencias durante viajes al extranjero. El Plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los Planes F y G con deducibles altos cuentan el pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.

2 - Los Planes K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que se llegó al límite anual de gastos a su

3 - El Plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, a excepción de un copago de hasta \$20 por algunas visitas al consultorio y hasta \$50 de copago por las visitas a la sala de emergencia que no deriven en una hospitalización.

### **Beneficios básicos**

**Hospitalizaciones** - Coseguro de la Parte A más cobertura hasta por 365 días adicionales después de que finalizan los beneficios de Medicare.

**Gastos médicos** - Coseguro de la Parte B (generalmente el 20% de los gastos aprobados por Medicare), o copagos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Los planes K, L y N requieren que los miembros paguen una parte del coseguro o los copagos de la Parte B.

**Sangre** - Tres primeras pintas de sangre todos los años.

**Hospicio** - Coseguro de la Parte A.

### **Información sobre la prima**

Nosotros, Florida Blue, solo podemos aumentar la prima si incrementamos la prima de todas las pólizas como la suya en el estado de Florida.

### **Lea la póliza con atención**

Esta es solo una descripción general que define las características más importantes de la póliza. La póliza es su contrato de seguro. Debe leer la póliza propiamente dicha, y entender todos los derechos y obligaciones que contraen usted y su compañía de seguros.

### **Derecho a devolver la póliza**

Si no está satisfecho con su póliza, puede devolverla a Florida Blue, Post Office Box 1798, Jacksonville FL 32231-1798. Si nos devuelve su póliza 30 días después de haberla recibido, se considerará como si nunca se hubiera emitido y le devolveremos todos los pagos que haya hecho.

### **Aviso**

- Ni Florida Blue, ni sus representantes están vinculados con Medicare.
- Esta descripción general no incluye todos los detalles de la cobertura de Medicare. Para obtener más detalles, póngase en contacto con la Oficina del Seguro Social de su localidad o consulte el libro Medicare & You (Medicare y usted). Use esta descripción general para comparar los beneficios y las primas de las diferentes pólizas.

### **Sustitución de pólizas**

Si está sustituyendo otra póliza de seguro médico, NO la cancele hasta que haya recibido su nueva póliza y tenga seguridad de querer conservarla.

### **Es muy importante que proporcione respuestas completas**

Para consultar los plazos de la “Inscripción abierta”, ingrese al enlace siguiente en el sitio web de Medicare.gov: Este contrato se expide basándose en que toda la información y las respuestas a todas las preguntas que aparecen en su solicitud son correctas y completas. La empresa podrá cancelar la póliza y negarse a pagar las reclamaciones si omite o falsifica información médica importante. Revise la aplicación detenidamente antes de firmarla. Verifique que toda la información se haya registrado correctamente. Para consultar plazos de la “Inscripción abierta”, ingrese al siguiente enlace en el sitio web de Medicare.gov:

<https://www.medicare.gov/supplement-other-insurance/when-can-i-buy-medigap/when-can-i-buy-medigap.html>

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$759.20	\$901.70	\$1038.90	\$963.90	\$1055.50	\$928.20	\$355.40	\$606.30	\$893.40	\$875.60
65	\$224.70	\$267.00	\$307.60	\$285.40	\$312.50	\$274.90	\$105.30	\$179.50	\$264.50	\$259.30
66	\$229.40	\$273.10	\$313.60	\$293.00	\$318.40	\$282.00	\$108.10	\$184.20	\$271.30	\$266.30
67	\$234.00	\$279.70	\$321.50	\$301.00	\$326.30	\$289.50	\$111.10	\$189.10	\$278.40	\$273.80
68	\$238.90	\$286.40	\$329.80	\$309.50	\$334.70	\$297.60	\$114.10	\$194.50	\$285.90	\$281.60
69	\$243.30	\$292.40	\$338.00	\$317.50	\$342.60	\$305.20	\$117.20	\$199.60	\$293.10	\$289.20
De 70 a 71	\$249.30	\$301.50	\$349.70	\$329.10	\$354.30	\$316.20	\$121.50	\$206.90	\$303.30	\$300.20
De 72 a 74	\$258.00	\$314.20	\$369.30	\$348.80	\$375.00	\$334.90	\$128.80	\$219.40	\$320.70	\$319.00
De 75 a 79	\$265.70	\$330.00	\$397.10	\$377.80	\$402.80	\$362.50	\$139.80	\$237.80	\$345.70	\$347.20
Más de 80	\$261.20	\$341.00	\$445.80	\$423.80	\$451.50	\$406.20	\$157.10	\$266.90	\$383.20	\$394.30

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$834.60	\$992.00	\$1142.90	\$1060.40	\$1160.70	\$1020.90	\$391.20	\$666.80	\$982.50	\$963.00
65	\$247.10	\$293.70	\$338.40	\$314.00	\$343.70	\$302.20	\$115.90	\$197.50	\$291.00	\$285.20
66	\$252.30	\$300.40	\$345.00	\$322.30	\$350.20	\$310.20	\$118.90	\$202.50	\$298.40	\$293.00
67	\$257.50	\$307.70	\$353.80	\$331.30	\$359.00	\$318.60	\$122.10	\$208.20	\$306.30	\$301.10
68	\$262.90	\$315.00	\$362.90	\$340.50	\$368.20	\$327.30	\$125.60	\$214.00	\$314.50	\$309.80
69	\$267.60	\$321.60	\$371.70	\$349.30	\$376.90	\$335.70	\$128.80	\$219.50	\$322.50	\$318.20
De 70 a 71	\$274.20	\$331.80	\$384.70	\$362.00	\$389.80	\$347.90	\$133.60	\$227.50	\$333.70	\$330.20
De 72 a 74	\$283.70	\$345.70	\$406.20	\$383.80	\$412.50	\$368.40	\$141.80	\$241.40	\$352.70	\$350.80
De 75 a 79	\$292.30	\$363.00	\$436.90	\$415.50	\$443.10	\$398.60	\$153.80	\$261.60	\$380.30	\$381.90
Más de 80	\$287.40	\$375.10	\$490.20	\$466.20	\$496.60	\$446.80	\$172.80	\$293.60	\$421.50	\$433.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$747.80	\$888.10	\$1023.30	\$949.40	\$1039.70	\$914.30	\$350.10	\$597.20	\$880.00	\$862.40
65	\$221.40	\$263.00	\$303.00	\$281.10	\$307.80	\$270.80	\$103.70	\$176.80	\$260.60	\$255.40
66	\$226.00	\$269.00	\$308.90	\$288.60	\$313.60	\$277.80	\$106.40	\$181.40	\$267.30	\$262.30
67	\$230.50	\$275.50	\$316.70	\$296.50	\$321.40	\$285.20	\$109.40	\$186.30	\$274.20	\$269.70
68	\$235.30	\$282.10	\$324.90	\$304.80	\$329.70	\$293.10	\$112.40	\$191.50	\$281.60	\$277.40
69	\$239.70	\$288.00	\$332.90	\$312.70	\$337.50	\$300.60	\$115.40	\$196.60	\$288.70	\$284.90
De 70 a 71	\$245.60	\$297.00	\$344.50	\$324.20	\$349.00	\$311.40	\$119.60	\$203.80	\$298.70	\$295.70
De 72 a 74	\$254.10	\$309.50	\$363.80	\$343.60	\$369.40	\$329.90	\$126.90	\$216.10	\$315.90	\$314.20
De 75 a 79	\$261.80	\$325.00	\$391.10	\$372.10	\$396.70	\$357.10	\$137.70	\$234.20	\$340.50	\$342.00
Más de 80	\$257.30	\$335.90	\$439.10	\$417.40	\$444.70	\$400.10	\$154.70	\$262.90	\$377.50	\$388.40

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 1: Broward, Miami-Dade y Palm Beach.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$822.00	\$977.10	\$1125.80	\$1044.50	\$1143.30	\$1005.60	\$385.40	\$656.80	\$967.80	\$948.60
65	\$243.40	\$289.30	\$333.40	\$309.30	\$338.50	\$297.70	\$114.10	\$194.50	\$286.60	\$280.90
66	\$248.50	\$295.90	\$339.80	\$317.50	\$345.00	\$305.50	\$117.10	\$199.50	\$293.90	\$288.60
67	\$253.70	\$303.10	\$348.50	\$326.30	\$353.70	\$313.80	\$120.30	\$205.00	\$301.70	\$296.60
68	\$258.90	\$310.20	\$357.40	\$335.30	\$362.70	\$322.40	\$123.70	\$210.80	\$309.80	\$305.20
69	\$263.60	\$316.80	\$366.10	\$344.00	\$371.30	\$330.70	\$126.90	\$216.20	\$317.60	\$313.40
De 70 a 71	\$270.10	\$326.80	\$378.90	\$356.60	\$383.90	\$342.60	\$131.60	\$224.10	\$328.70	\$325.30
De 72 a 74	\$279.50	\$340.50	\$400.10	\$378.10	\$406.40	\$362.90	\$139.70	\$237.80	\$347.40	\$345.60
De 75 a 79	\$287.90	\$357.50	\$430.30	\$409.30	\$436.40	\$392.60	\$151.50	\$257.70	\$374.60	\$376.20
Más de 80	\$283.10	\$369.50	\$482.90	\$459.20	\$489.10	\$440.10	\$170.20	\$289.20	\$415.20	\$427.30

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$534.60	\$634.80	\$731.40	\$679.20	\$743.00	\$653.60	\$250.40	\$426.90	\$629.50	\$616.60
65	\$158.40	\$188.00	\$216.50	\$201.10	\$220.00	\$193.60	\$74.20	\$126.30	\$186.40	\$182.60
66	\$161.50	\$192.30	\$220.80	\$206.30	\$224.30	\$198.60	\$76.10	\$129.70	\$191.00	\$187.60
67	\$164.80	\$197.00	\$226.50	\$211.90	\$229.90	\$203.80	\$78.20	\$133.30	\$196.00	\$192.80
68	\$168.30	\$201.60	\$232.10	\$217.80	\$235.60	\$209.50	\$80.50	\$136.90	\$201.40	\$198.30
69	\$171.20	\$206.00	\$237.90	\$223.70	\$241.20	\$215.00	\$82.50	\$140.50	\$206.40	\$203.80
De 70 a 71	\$175.50	\$212.40	\$246.30	\$231.70	\$249.40	\$222.60	\$85.50	\$145.80	\$213.50	\$211.30
De 72 a 74	\$181.70	\$221.40	\$260.00	\$245.60	\$264.20	\$235.80	\$90.70	\$154.40	\$225.90	\$224.60
De 75 a 79	\$187.20	\$232.40	\$279.60	\$266.10	\$283.60	\$255.20	\$98.40	\$167.50	\$243.50	\$244.50
Más de 80	\$184.00	\$240.10	\$313.90	\$298.30	\$318.10	\$286.00	\$110.60	\$188.00	\$269.80	\$277.70

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.



Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$588.00	\$698.70	\$804.40	\$747.10	\$817.10	\$718.60	\$275.50	\$469.50	\$692.40	\$678.30
65	\$174.20	\$206.90	\$238.20	\$221.30	\$242.00	\$212.90	\$81.60	\$139.00	\$205.00	\$200.80
66	\$177.60	\$211.50	\$243.00	\$226.90	\$246.70	\$218.40	\$83.70	\$142.70	\$210.20	\$206.30
67	\$181.40	\$216.80	\$249.20	\$233.20	\$252.90	\$224.30	\$86.00	\$146.60	\$215.70	\$212.20
68	\$185.10	\$221.80	\$255.50	\$239.60	\$259.30	\$230.50	\$88.40	\$150.60	\$221.50	\$218.20
69	\$188.40	\$226.50	\$261.70	\$246.10	\$265.40	\$236.40	\$90.70	\$154.50	\$227.00	\$224.10
De 70 a 71	\$193.20	\$233.60	\$271.00	\$255.00	\$274.30	\$244.90	\$94.10	\$160.30	\$235.00	\$232.50
De 72 a 74	\$199.80	\$243.50	\$286.00	\$270.10	\$290.50	\$259.40	\$99.80	\$170.00	\$248.50	\$247.00
De 75 a 79	\$205.90	\$255.60	\$307.60	\$292.50	\$312.10	\$280.80	\$108.30	\$184.20	\$267.90	\$269.00
Más de 80	\$202.30	\$264.20	\$345.20	\$328.20	\$349.70	\$314.60	\$121.70	\$206.80	\$296.70	\$305.40

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$526.60	\$625.30	\$720.40	\$669.00	\$731.90	\$643.70	\$246.60	\$420.50	\$620.10	\$607.40
65	\$156.00	\$185.20	\$213.30	\$198.10	\$216.70	\$190.70	\$73.10	\$124.40	\$183.60	\$179.80
66	\$159.00	\$189.40	\$217.50	\$203.20	\$220.90	\$195.60	\$74.90	\$127.80	\$188.20	\$184.80
67	\$162.30	\$194.00	\$223.10	\$208.70	\$226.40	\$200.80	\$77.00	\$131.30	\$193.10	\$189.90
68	\$165.70	\$198.60	\$228.70	\$214.60	\$232.10	\$206.40	\$79.20	\$134.90	\$198.40	\$195.30
69	\$168.70	\$202.90	\$234.30	\$220.30	\$237.60	\$211.70	\$81.20	\$138.40	\$203.30	\$200.70
De 70 a 71	\$172.90	\$209.20	\$242.60	\$228.20	\$245.70	\$219.20	\$84.20	\$143.60	\$210.30	\$208.10
De 72 a 74	\$179.00	\$218.10	\$256.10	\$241.90	\$260.20	\$232.30	\$89.30	\$152.10	\$222.50	\$221.30
De 75 a 79	\$184.40	\$228.90	\$275.40	\$262.10	\$279.40	\$251.40	\$96.90	\$165.00	\$239.80	\$240.90
Más de 80	\$181.20	\$236.50	\$309.20	\$293.80	\$313.30	\$281.70	\$108.90	\$185.20	\$265.70	\$273.50

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 2: Bay, Brevard, Charlotte, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Escambia, Glades, Gulf, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Lee, Manatee, Martin, Monroe, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, St. Johns, St. Lucie, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, Walton y Washington.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$579.20	\$688.20	\$792.30	\$735.90	\$804.90	\$707.80	\$271.40	\$462.40	\$682.00	\$668.20
65	\$171.60	\$203.80	\$234.60	\$218.00	\$238.40	\$209.70	\$80.40	\$136.90	\$201.90	\$197.80
66	\$174.90	\$208.30	\$239.30	\$223.50	\$243.00	\$215.10	\$82.40	\$140.50	\$207.10	\$203.20
67	\$178.60	\$213.50	\$245.40	\$229.70	\$249.10	\$220.90	\$84.70	\$144.40	\$212.50	\$209.00
68	\$182.30	\$218.40	\$251.70	\$236.00	\$255.40	\$227.00	\$87.10	\$148.40	\$218.20	\$214.90
69	\$185.60	\$223.10	\$257.80	\$242.40	\$261.40	\$232.90	\$89.30	\$152.20	\$223.60	\$220.80
De 70 a 71	\$190.30	\$230.10	\$266.90	\$251.20	\$270.20	\$241.20	\$92.70	\$157.90	\$231.50	\$229.00
De 72 a 74	\$196.80	\$239.80	\$281.70	\$266.10	\$286.20	\$255.60	\$98.30	\$167.40	\$244.70	\$243.30
De 75 a 79	\$202.80	\$251.80	\$303.00	\$288.20	\$307.40	\$276.60	\$106.70	\$181.50	\$263.90	\$264.90
Más de 80	\$199.30	\$260.20	\$340.00	\$323.30	\$344.50	\$309.90	\$119.90	\$203.70	\$292.30	\$300.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$503.90	\$598.80	\$690.00	\$640.20	\$700.70	\$616.00	\$236.00	\$402.60	\$593.40	\$581.40
65	\$149.20	\$177.30	\$204.20	\$189.50	\$207.50	\$182.40	\$69.90	\$119.10	\$175.60	\$172.20
66	\$152.30	\$181.40	\$208.30	\$194.50	\$211.30	\$187.30	\$71.70	\$122.30	\$180.10	\$176.80
67	\$155.40	\$185.80	\$213.40	\$199.80	\$216.80	\$192.30	\$73.70	\$125.70	\$184.90	\$181.80
68	\$158.70	\$190.10	\$219.00	\$205.60	\$222.20	\$197.60	\$75.80	\$129.20	\$189.80	\$187.00
69	\$161.60	\$194.20	\$224.40	\$210.70	\$227.50	\$202.60	\$77.80	\$132.60	\$194.60	\$192.10
De 70 a 71	\$165.50	\$200.20	\$232.10	\$218.40	\$235.10	\$209.80	\$80.70	\$137.30	\$201.50	\$199.40
De 72 a 74	\$171.20	\$208.70	\$245.10	\$231.70	\$249.10	\$222.30	\$85.60	\$145.70	\$212.90	\$211.80
De 75 a 79	\$176.50	\$219.10	\$263.50	\$251.00	\$267.40	\$240.70	\$92.90	\$157.80	\$229.50	\$230.70
Más de 80	\$173.40	\$226.40	\$296.00	\$281.20	\$299.80	\$269.70	\$104.20	\$177.30	\$254.30	\$261.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$554.40	\$658.80	\$758.80	\$704.10	\$770.80	\$677.90	\$259.70	\$443.10	\$652.70	\$639.80
65	\$164.20	\$195.10	\$224.60	\$208.50	\$228.30	\$200.80	\$76.90	\$131.20	\$193.30	\$189.40
66	\$167.50	\$199.50	\$229.00	\$213.90	\$232.50	\$205.90	\$78.90	\$134.40	\$198.10	\$194.60
67	\$170.90	\$204.20	\$234.90	\$219.90	\$238.30	\$211.40	\$81.10	\$138.10	\$203.50	\$200.00
68	\$174.60	\$209.00	\$240.80	\$226.10	\$244.50	\$217.50	\$83.40	\$142.20	\$208.80	\$205.70
69	\$177.70	\$213.70	\$246.80	\$231.80	\$250.40	\$222.80	\$85.60	\$145.90	\$214.00	\$211.30
De 70 a 71	\$182.10	\$220.20	\$255.50	\$240.40	\$258.60	\$230.80	\$88.70	\$151.10	\$221.60	\$219.30
De 72 a 74	\$188.40	\$229.40	\$269.70	\$254.90	\$274.00	\$244.60	\$94.20	\$160.20	\$234.30	\$233.10
De 75 a 79	\$194.00	\$241.00	\$289.90	\$276.00	\$294.10	\$264.70	\$102.10	\$173.70	\$252.40	\$253.70
Más de 80	\$190.80	\$249.10	\$325.60	\$309.50	\$329.80	\$296.70	\$114.70	\$195.00	\$279.90	\$287.90

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO -NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$496.40	\$589.80	\$679.60	\$630.60	\$690.20	\$606.70	\$232.40	\$396.50	\$584.50	\$572.70
65	\$147.00	\$174.70	\$201.20	\$186.60	\$204.40	\$179.60	\$68.90	\$117.40	\$173.00	\$169.60
66	\$150.00	\$178.60	\$205.20	\$191.60	\$208.10	\$184.50	\$70.60	\$120.40	\$177.40	\$174.20
67	\$153.10	\$183.00	\$210.20	\$196.80	\$213.50	\$189.40	\$72.60	\$123.80	\$182.20	\$179.10
68	\$156.30	\$187.20	\$215.70	\$202.50	\$218.90	\$194.60	\$74.70	\$127.30	\$187.00	\$184.20
69	\$159.20	\$191.30	\$221.00	\$207.50	\$224.10	\$199.50	\$76.60	\$130.60	\$191.70	\$189.20
De 70 a 71	\$163.00	\$197.20	\$228.70	\$215.20	\$231.60	\$206.70	\$79.50	\$135.30	\$198.50	\$196.40
De 72 a 74	\$168.70	\$205.50	\$241.40	\$228.20	\$245.30	\$219.00	\$84.30	\$143.50	\$209.80	\$208.60
De 75 a 79	\$173.80	\$215.90	\$259.50	\$247.20	\$263.40	\$237.10	\$91.50	\$155.40	\$226.10	\$227.20
Más de 80	\$170.80	\$223.00	\$291.60	\$277.00	\$295.30	\$265.60	\$102.70	\$174.60	\$250.50	\$257.90

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas para los siguientes condados, clasificados como Área 3: Alachua, Baker, Bradford, Calhoun, Citrus, Columbia, Dixie, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Hamilton, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Leon, Levy, Liberty, Madison, Marion, Polk, Putnam, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia y Wakulla.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$546.10	\$649.00	\$747.40	\$693.50	\$759.30	\$667.80	\$255.80	\$436.40	\$642.90	\$630.20
65	\$161.70	\$192.10	\$221.30	\$205.40	\$224.90	\$197.80	\$75.70	\$129.20	\$190.40	\$186.50
66	\$165.00	\$196.50	\$225.60	\$210.70	\$229.00	\$202.80	\$77.70	\$132.40	\$195.10	\$191.70
67	\$168.30	\$201.20	\$231.40	\$216.60	\$234.80	\$208.30	\$79.90	\$136.00	\$200.50	\$197.00
68	\$172.00	\$205.90	\$237.20	\$222.70	\$240.90	\$214.20	\$82.10	\$140.00	\$205.60	\$202.60
69	\$175.00	\$210.50	\$243.10	\$228.30	\$246.60	\$219.40	\$84.30	\$143.70	\$210.80	\$208.10
De 70 a 71	\$179.40	\$216.90	\$251.70	\$236.80	\$254.70	\$227.40	\$87.40	\$148.80	\$218.30	\$216.00
De 72 a 74	\$185.60	\$226.00	\$265.60	\$251.10	\$269.90	\$240.90	\$92.80	\$157.80	\$230.80	\$229.60
De 75 a 79	\$191.10	\$237.30	\$285.60	\$271.80	\$289.70	\$260.70	\$100.60	\$171.10	\$248.60	\$249.90
Más de 80	\$187.90	\$245.30	\$320.70	\$304.80	\$324.90	\$292.20	\$113.00	\$192.10	\$275.70	\$283.60

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldarse el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

**PAGO MENSUAL - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$608.00	\$721.50	\$831.30	\$771.50	\$844.50	\$743.10	\$284.30	\$485.00	\$714.80	\$701.20
65	\$179.90	\$213.70	\$246.20	\$228.60	\$250.00	\$220.10	\$84.20	\$143.50	\$211.60	\$207.70
66	\$183.60	\$218.40	\$251.00	\$234.30	\$254.70	\$225.60	\$86.50	\$147.40	\$217.10	\$213.10
67	\$187.30	\$223.80	\$257.40	\$240.80	\$261.10	\$231.80	\$88.80	\$151.50	\$222.80	\$219.10
68	\$191.10	\$229.20	\$264.10	\$247.60	\$267.80	\$238.10	\$91.30	\$155.60	\$228.90	\$225.30
69	\$194.70	\$233.90	\$270.40	\$253.90	\$274.30	\$244.10	\$93.80	\$159.70	\$234.60	\$231.50
De 70 a 71	\$199.50	\$241.20	\$279.90	\$263.20	\$283.40	\$253.00	\$97.30	\$165.60	\$242.70	\$240.20
De 72 a 74	\$206.50	\$251.60	\$295.50	\$279.10	\$300.20	\$268.00	\$103.10	\$175.60	\$256.60	\$255.30
De 75 a 79	\$212.70	\$264.10	\$317.80	\$302.30	\$322.30	\$290.10	\$111.90	\$190.30	\$276.60	\$277.90
Más de 80	\$209.10	\$273.00	\$356.80	\$339.10	\$361.40	\$325.00	\$125.70	\$213.60	\$306.70	\$315.50

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.



Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

**PAGO MENSUAL - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$668.50	\$794.00	\$914.50	\$848.60	\$928.60	\$817.30	\$313.10	\$533.30	\$786.60	\$771.20
65	\$197.90	\$235.10	\$270.90	\$251.30	\$275.00	\$242.00	\$92.70	\$157.90	\$233.00	\$228.40
66	\$202.00	\$240.40	\$276.00	\$257.90	\$280.30	\$248.20	\$95.10	\$162.10	\$238.80	\$234.40
67	\$206.00	\$246.20	\$283.10	\$265.00	\$287.30	\$254.90	\$97.70	\$166.60	\$245.10	\$241.00
68	\$210.30	\$252.00	\$290.40	\$272.40	\$294.60	\$261.90	\$100.40	\$171.20	\$251.80	\$247.90
69	\$214.10	\$257.40	\$297.60	\$279.30	\$301.70	\$268.60	\$103.10	\$175.70	\$258.10	\$254.70
De 70 a 71	\$219.50	\$265.40	\$307.90	\$289.60	\$311.70	\$278.30	\$106.90	\$182.20	\$267.00	\$264.30
De 72 a 74	\$227.10	\$276.70	\$325.00	\$307.10	\$330.20	\$294.90	\$113.40	\$193.20	\$282.30	\$280.80
De 75 a 79	\$233.90	\$290.40	\$349.50	\$332.60	\$354.60	\$319.00	\$123.00	\$209.30	\$304.30	\$305.70
Más de 80	\$230.00	\$300.30	\$392.40	\$373.00	\$397.50	\$357.50	\$138.20	\$234.90	\$337.40	\$347.00

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - NO USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$598.90	\$710.70	\$818.80	\$760.00	\$831.90	\$732.00	\$280.00	\$477.70	\$704.00	\$690.70
65	\$177.20	\$210.50	\$242.50	\$225.10	\$246.30	\$216.80	\$82.90	\$141.40	\$208.50	\$204.60
66	\$180.90	\$215.20	\$247.20	\$230.80	\$250.80	\$222.20	\$85.20	\$145.20	\$213.90	\$209.90
67	\$184.50	\$220.40	\$253.50	\$237.20	\$257.20	\$228.30	\$87.50	\$149.20	\$219.50	\$215.90
68	\$188.30	\$225.70	\$260.10	\$243.90	\$263.70	\$234.50	\$90.00	\$153.20	\$225.50	\$222.00
69	\$191.80	\$230.40	\$266.30	\$250.10	\$270.20	\$240.50	\$92.40	\$157.30	\$231.10	\$228.10
De 70 a 71	\$196.50	\$237.60	\$275.70	\$259.30	\$279.10	\$249.20	\$95.80	\$163.10	\$239.10	\$236.60
De 72 a 74	\$203.40	\$247.80	\$291.10	\$274.90	\$295.70	\$263.90	\$101.60	\$173.00	\$252.70	\$251.40
De 75 a 79	\$209.50	\$260.10	\$313.00	\$297.80	\$317.50	\$285.70	\$110.20	\$187.40	\$272.40	\$273.70
Más de 80	\$206.00	\$268.90	\$351.40	\$334.10	\$356.00	\$320.20	\$123.80	\$210.40	\$302.10	\$310.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

Esta tabla muestra las primas Fuera del estado. Si su residencia principal ya no es en el estado de Florida, lo que significa que se muda fuera del estado de manera permanente, su prima para este plan será ajustada como aparece a continuación.

**PAGO MENSUAL CON OPCIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO - USA TABACO**

<b>Edad al momento de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>	<b>Plan D</b>	<b>Plan F</b>	<b>Plan G</b>	<b>Plan K</b>	<b>Plan L</b>	<b>Plan M</b>	<b>Plan N</b>
Menor de 65	\$658.40	\$782.10	\$900.80	\$835.90	\$914.70	\$805.10	\$308.40	\$525.30	\$774.80	\$759.60
65	\$195.00	\$231.60	\$266.80	\$247.50	\$270.90	\$238.30	\$91.30	\$155.50	\$229.50	\$225.00
66	\$199.00	\$236.80	\$271.80	\$254.00	\$276.10	\$244.50	\$93.60	\$159.70	\$235.20	\$230.90
67	\$202.90	\$242.50	\$278.90	\$261.00	\$283.00	\$251.10	\$96.30	\$164.10	\$241.40	\$237.30
68	\$207.20	\$248.30	\$286.00	\$268.30	\$290.20	\$258.00	\$98.90	\$168.70	\$248.00	\$244.10
69	\$210.90	\$253.50	\$293.10	\$275.10	\$297.20	\$264.60	\$101.60	\$173.10	\$254.20	\$250.80
De 70 a 71	\$216.20	\$261.40	\$303.30	\$285.20	\$307.10	\$274.10	\$105.30	\$179.50	\$263.00	\$260.30
De 72 a 74	\$223.70	\$272.60	\$320.10	\$302.50	\$325.30	\$290.40	\$111.70	\$190.30	\$278.10	\$276.50
De 75 a 79	\$230.40	\$286.00	\$344.30	\$327.60	\$349.30	\$314.20	\$121.20	\$206.20	\$299.80	\$301.10
Más de 80	\$226.50	\$295.80	\$386.50	\$367.40	\$391.60	\$352.10	\$136.10	\$231.40	\$332.30	\$341.80

NOTA: Los planes BlueMedicare Suplementarios K, L, M y N incluyen gastos adicionales a tu cargo que deben ser pagados antes de que se salden algunos beneficios de la póliza. Bajo los planes K y L, debe saldar el límite anual a su cargo para recibir beneficios completos suplementarios a Medicare.

Tiene el derecho de comprar cualquier plan que Florida Blue ofrece, con o sin el límite anual a su cargo adicional.

**PLAN A**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$0 \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN A**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN A**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN B**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN B**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN B**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN C<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

<sup>+</sup>**Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto**



**PLAN C<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN C<sup>+</sup>**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

\*Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN C<sup>+</sup>**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio

<sup>+</sup>Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN D**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN D**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN D**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN D**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.  Primero \$250 por año calendario  Restante de los cargos	\$0  \$0	\$0  80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	\$250  20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio

**PLAN F<sup>+</sup>**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

<sup>+</sup>**Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto**

**PLAN F<sup>+</sup>  
MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B del PLAN F<sup>+</sup>**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)	\$0
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

<sup>+</sup>Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto

**PLAN F<sup>+</sup>**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b> Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio

<sup>+</sup>Solo los solicitantes primeramente elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar Planes C, F, y F con deducible alto



**PLAN G**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN G**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero			
Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	100%	\$0
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN G**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN G**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>            Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.</p> <p>Primero \$250 por año calendario</p> <p>Restante de los cargos</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000</p>	<p>\$250</p> <p>20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio</p>

**PLAN K**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*Pagará la mitad del costo compartido de algunos servicios cubiertos hasta que alcance el límite de desembolso anual de \$6,620 cada año calendario. Las cantidades que se toman en cuenta para su límite están indicados con diamantes (♦) en el cuadro de abajo. Una vez alcance el límite anual, el plan paga el 100% del copago y coaseguro de Medicare por el resto del año calendario. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b>			
Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días	Todo menos \$1,556	\$778 (50% del deducible de la Parte A)	\$778 (50% del deducible de la Parte A) ♦
Del día 61 al día 90	Todo menos \$389 por día	\$389 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$778	\$778 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0***
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$194.50 por día	Hasta \$97.25 por día (50% del coaseguro de la Parte A)	Hasta \$97.25 por día (50% of del coaseguro de la Parte A) ♦
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	50% \$0	50% ♦ \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	50% del copago/coaseguro	50% del copago/coaseguro ♦

\*\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los “Beneficios principales” de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN K**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*\*\*\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare****	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)****♦
Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare	Generalmente el 75% o más de las cantidades aprobadas por Medicare	Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Todos los costos por encima de las cantidades aprobadas por Medicare
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 10%	Generalmente el 10% ♦
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos (y no cuentan hacia el límite anual a su cargo de \$6,620)*

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	50%	50%♦
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare****	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)****♦
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 10%	Generalmente el 10% ♦
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

\*Este plan limita sus pagos de gastos a su cargo anuales para cantidades aprobadas por Medicare hasta \$6,620 por año. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

**PLAN K  
PARTES A y B**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)♦
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	10%	10% ♦

\*\*\*\*Los beneficios de Medicare pueden cambiar. Consulte la última *Guía del seguro de salud para personas con Medicare*.

**PLAN L**  
**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*Pagará un cuarto del costo compartido de algunos servicios cubiertos hasta que alcance el límite de desembolso anual de \$3,310 cada año calendario. Las cantidades que se toman en cuenta para su límite están indicados con diamantes (♦) en el cuadro de abajo. Una vez alcance el límite anual, el plan paga el 100% del copago y coaseguro de Medicare por el resto del año calendario. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b>			
Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días	Todo menos \$1,556	\$1,167 (75% of del deducible de la Parte A)	\$389 (25% of del deducible de la Parte A) ♦
Del día 61 al día 90	Todo menos \$389 por día	\$389 por día	\$0
Del día 91 y en adelante:			
--Mientras usa los 60 días de reserva de por vida	Todo menos \$778	\$778 por día	\$0
--Una vez que utiliza los días de reserva de por vida:			
--365 días adicionales	\$0	100% de los Gastos elegibles de Medicare	\$0***
--Más allá de los 365 días adicionales	\$0	\$0	Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>			
Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Del día 21 al día 100	Todo menos \$194.50 por día	Hasta \$145.88 por día (75% del coaseguro de la Parte A)	Hasta \$48.62 por día (25% del coaseguro de la Parte A) ♦
Día 101 y en adelante	\$0	\$0	Todos los costos

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	75% \$0	25% ♦ \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	75% del copago/coaseguro	25% del copago/coaseguro ♦

\*\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los “Beneficios principales” de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN L**  
**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*\*\*\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare****	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)****♦
Beneficios Preventivos para servicios cubiertos por Medicare	Generalmente el 75% o más de las cantidades aprobadas por Medicare	Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Todos los costos por encima de las cantidades aprobadas por Medicare
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 15%	Generalmente el 5% ♦
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos (y no cuentan hacia el límite anual a su cargo de \$3,310)*



SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	75%	25%♦
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare****	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)****♦
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 15%	Generalmente el 5% ♦
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

\*Este plan limita sus pagos de gastos a su cargo anuales para cantidades aprobadas por Medicare hasta \$3,310 por año. Sin embargo, el límite NO incluye los cargos por parte de su proveedor que excedan las cantidades aprobadas por Medicare (llamadas Cargos En Exceso "Excess Charges") y usted será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad cobrada por su proveedor y la cantidad pagada por Medicare por el artículo o servicio.

**PLAN L  
PARTES A y B**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA*
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)♦
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	15%	5% ♦

\*\*\*\*Los beneficios de Medicare pueden cambiar. Consulte la última *Guía del seguro de salud para personas con Medicare*.

**PLAN M**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$778 (50% del deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$778 (50% del deducible de la Parte A) \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA**</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN M  
MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	Generalmente el 80%	Generalmente el 20%	\$0
<b>Cargos en exceso de la Parte B</b> (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN M**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios y suministros médicos especializados medicamento necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero - Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN M**  
**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
<p><b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>            Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.</p> <p>Primero \$250 por año calendario</p> <p>Restante de los cargos</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0</p> <p>80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000</p>	<p>\$250</p> <p>20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio</p>

**PLAN N**

**MEDICARE (PARTE A): SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

\*El periodo de beneficios comienza el primer día que recibe servicios como paciente hospitalizado y termina cuando se encuentre fuera del hospital y no haya recibido servicios especializados en alguna otra institución por más de 60 días consecutivos.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y alimentos, servicios de enfermería general y servicios y suministros varios Primeros 60 días Del día 61 al día 90 Del día 91 y en adelante: --Mientras usa los 60 días de reserva de por vida --Una vez que utiliza los días de reserva de por vida: --365 días adicionales --Más allá de los 365 días adicionales	Todo menos \$1,556 Todo menos \$389 por día Todo menos \$778 \$0 \$0	\$1,556 (deducible de la Parte A) \$389 por día \$778 por día 100% de los Gastos elegibles de Medicare \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
<b>ATENCIÓN EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, incluyendo haber estado hospitalizado por lo menos 3 días y haber ingresado a un centro aprobado por Medicare dentro de los 30 días después de haber salido del hospital Primeros 20 días Del día 21 al día 100 Día 101 y en adelante	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$194.50 por día \$0	\$0 Hasta \$194.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>SERVICIOS PARA ENFERMOS TERMINALES</b> Debe cumplir con los requisitos de Medicare, lo que incluye la certificación de un médico de enfermedad terminal.	Todo menos el copago/coaseguro muy limitado de medicinas para pacientes ambulatorios y servicios de relevo para pacientes hospitalizados.	Copago/coaseguro de Medicare	\$0

\*\***AVISO:** Cuando se agoten los beneficios de hospital de la Parte A de Medicare, la compañía de seguros toma el lugar de Medicare y pagará la cantidad que sea que Medicare habría pagado hasta por 365 días adicionales conforme con lo previsto en los "Beneficios principales" de la póliza. Durante este tiempo, el hospital tiene prohibido facturarle el saldo basado en cualquier diferencia entre sus cargos por cobrar y el importe que Medicare habría pagado.

**PLAN N**

**MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

\*Una vez que se le hayan cobrado los \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare por los servicios cubiertos (los cuales están indicados con un asterisco), se habrá completado su deducible de la Parte B del año calendario.

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>GASTOS MÉDICOS - DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO</b> , tales como los servicios de un médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, fisioterapia y terapia del habla, pruebas de diagnóstico y equipo médico duradero Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*  Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0  Generalmente el 80%	\$0  Saldo, hasta \$20 por visita al consultorio médico y hasta \$50 por visita a la sala de emergencia. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es admitido a cualquier hospital y la visita de emergencia es cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.	\$233 (deducible de la Parte B)  Hasta \$20 por visita al consultorio médico y hasta \$50 por visita a la sala de emergencias. No se aplica el copago de hasta \$50 si el asegurado es admitido a cualquier hospital y la visita de emergencia es cubierta como gasto de la Parte A de Medicare.
Cargos en exceso de la Parte B (por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Siguientes \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare* Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$233 (deducible de la Parte B) \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - SERVICIOS DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>	100%	\$0	\$0

**PARTES A y B DEL PLAN N**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>SERVICIOS DE LA SALUD EN EL HOGAR</b>			
<b>SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b>			
Servicios y suministros médicos especializados médicamente necesarios	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero			
- Primero \$233 de las cantidades aprobadas por Medicare*	\$0	\$0	\$233 (deducible de la Parte B)
- Restante de las cantidades aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

**PLAN N**

**OTROS BENEFICIOS – SIN COBERTURA DE MEDICARE**

<b>SERVICIOS</b>	<b>MEDICARE PAGA</b>	<b>EL PLAN PAGA</b>	<b>USTED PAGA</b>
<b>VIAJE AL EXTRANJERO – SIN COBERTURA DE MEDICARE</b>			
Servicios de atención de emergencia necesarios que comiencen durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de EE.UU.			
Primero \$250 por año calendario	\$0	\$0	\$250
Restante de los cargos	\$0	80% hasta un beneficio máximo vitalicio de \$50,000	20% y cantidades por encima de \$50,000 como máximo vitalicio